



FICHA DE SALUD 2026 – Nivel Inicial

APELLIDO Y NOMBRE.....

DNI:..... FECHA DE NACIMIENTO.....

DIRECCIÓN..... LOCALIDAD.....

TELÉFONO PARTICULAR..... TELÉFONO CELULAR.....

OBRA SOCIAL..... CARNET Nº .....

En caso de urgencia durante la actividad escolar, llamar a:

Apellido y nombre..... Teléfonos.....

Apellido y nombre..... Teléfonos.....

Apellido y nombre..... Teléfonos.....

¿Tiene o tuvo alguna enfermedad que requiera tratamiento periódico o control médico?

NO ☐ SI ☐ ¿Cuál?.....

¿Durante los últimos años fue internado y/u operado?

NO ☐ SI ☐ ¿Cuándo? ..... ¿Por qué?.....

¿Tiene algún tipo de alergia?

NO ☐ SI ☐ La alergia se debe a: .....

Describe sus manifestaciones.....

¿Recibe tratamiento? ¿cuál?.....

¿Presenta alguna limitación física?

NO ☐ SI ☐ ¿Cuál?.....

Otros problemas de salud.....

VACUNA	CANTIDAD DE DOSIS	FECHA ULTIMA DOSIS
Sabin		
BCG		
Antihemophilus		
Triple Bacteriana (DPT)		
Triple Viral (SRP)		
Otras		

OBSERVACIONES: Indique aquí aquella información que crea Ud. necesaria que los docentes a cargo de su hijo/a tengan en cuenta:

.....

.....

- **Adjuntar CERTIFICADO OFTALMOLÓGICO, AUDIOMETRÍA Y BUCODENTAL.** (éste último todos los años)

LA TOTALIDAD DE LOS DATOS E INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR QUIEN SUSCRIBE LA PRESENTE TIENE CARÁCTER DE **DECLARACIÓN JURADA**. EL ABAJO FIRMANTE SE COMPROMETE A COMUNICAR AL ESTABLECIMIENTO CUALQUIER MODIFICACIÓN DE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN FORMA INMEDIATA Y DE MANERA FEHACIENTE.

(para ser completado por el médico)

EL PACIENTE..... DE..... AÑOS DE EDAD SE ENCUENTRA APTO/A PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS CURRICULARES Y DEPORTIVAS, NO COMPETITIVAS, SEGÚN SU EDAD, SEXO Y CONTEXTURA FÍSICA.

LUGAR Y FECHA: ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

En caso de no poseer el APTO MÉDICO, deberán presentar la ficha de salud y un certificado médico donde indique diagnóstico y la fecha hasta la cual no podrá realizar actividad física

AUTORIZO A MI HIJA/O ..... A PODER SER CAMBIADO POR EL PERSONAL DEL JARDÍN CUANDO SEA NECESARIO.-

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR.....

ACLARACIÓN..... DNI.....

LUGAR Y FECHA:.....